（ 遠隔地-会社用 / 用紙Ｂ ）

年　月　日

請　求　書

東京港健康保険組合　殿

事業所所在地

事　業　所　名

代　表　者　名

下記のとおり、ご請求申しあげます。

請求金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

内訳	健診種別	補助金額	人数	金　額	摘　要
	合計金額				

振込先	銀行名	銀行　　支店	
	口座番号	普通・当座	
	（フリガナ） 口座名義人		

※ オプション検査は補助対象外となります。

申請期限
受診日の属する年度の翌年７月31日までです。 ※以降は受け付けません。

組合受付印